



QUESTIONNAIRE DE SOMMEIL : ADOLESCENT DE 11 A 17 ANS

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Médecin traitant : _____

Classe : _____ Activités extrascolaires : _____

Notre famille :

Profession des parents : papa _____ maman _____

Situation familiale des parents (en couple, séparés...) : _____

Prénoms et âges des frères ou sœurs : _____

Motif principal de la consultation :

- Ronflements la nuit
- Difficulté à s'endormir
- Réveils en pleine nuit ou trop tôt le matin
- Envie de dormir la journée
- Fatigué(e) la journée
- Autre (précisez) : _____

Depuis quand ? date de début : _____

Y-a-t-il eu des événements stressants (décès, divorce, problème familial ou à l'école...) qui peuvent être reliés au début des troubles du sommeil ? _____

Mes Habitudes autour du sommeil :

- Le soir, je dîne à ____h____
- Dans ma chambre, j'ai :
 une télé une console un ordinateur un téléphone portable allumé pendant la nuit
- Le soir après le repas, qu'est-ce que tu fais?
 TV Devoirs Autre : _____
 Ordinateur Lecture
 Jeux Vidéos Sport
- Combien de temps par jour passes-tu devant les écrans ? (ordi, TV, smartphone ...) _____h / jour
- As-tu de l'anxiété ou des peurs au moment de t'endormir ? oui non
- Tu t'endors en < 30 min 30 à 60 min > 60 min
- En cas de réveil en pleine nuit qu'est-ce tu fais ? _____

- Consomes-tu régulièrement :
 café thé alcool coca ou boisson énergisante tabac

Horaires de sommeil :

En semaine : Heure de coucher _____h_____ / Heure de lever _____h_____

En Week-end : Heure de coucher _____h_____ / Heure de lever _____h_____

Sieste :

Fais-tu des siestes régulièrement ?

- En semaine : oui non
- Le week-end : oui non

Vers quelle heure ? _____ Durée moyenne : _____

Problèmes présents pendant le sommeil (coches les cases) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ronflements ou pauses respiratoires | <input type="checkbox"/> Grince des dents |
| <input type="checkbox"/> Sommeil agité (je bouge beaucoup) | <input type="checkbox"/> Respiration bruyante |
| <input type="checkbox"/> Somnambulisme (je me lève et marche dans la maison) | <input type="checkbox"/> Respire par la bouche |
| <input type="checkbox"/> Je parle pendant son sommeil | <input type="checkbox"/> Je fais des pipis au lit |
| <input type="checkbox"/> Je fais beaucoup de cauchemars | <input type="checkbox"/> Je transpire beaucoup la nuit |

Le soir j'ai souvent des sensations de fourmillement dans les jambes qui me gênent. Je dois bouger mes jambes ou marcher pour diminuer ces sensations.

Les conséquences pendant la journée :

Le matin au réveil je suis : en forme, j'arrive à me lever fatigué, c'est difficile de me réveiller

Pendant la journée : *(Coche les phrases qui correspondent à ce que tu ressens actuellement)*

- Je suis fatigué(e), je n'ai pas d'énergie pour l'école ou les devoirs
 Je m'endors facilement, y compris dans des endroits non prévus pour cela (en classe par exemple)
 J'ai du mal à réfléchir
 J'ai du mal à me concentrer ou à mémoriser
 Je m'énerve facilement, je ne supporte pas grand-chose
 Je suis découragé(e)
 Je me sens triste en ce moment
 Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien qui m'amuse
 J'ai l'impression que ce que je fais ne sert à rien
 Je pense que j'ai envie de mourir

Teste ta somnolence

Voici quelques situations courantes, où tu dois évaluer le risque de t'assoupir.

Utilise l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation.

0 = Aucune chance de somnoler ou de s'endormir

1 = Faible chance de s'endormir

2 = Chance moyenne de s'endormir

3 = Forte chance de s'endormir

Assis en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	0	1	2	3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0	1	2	3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
Etant assis en parlant à quelqu'un	0	1	2	3
Assis au calme après le déjeuner sans alcool	0	1	2	3
En classe, le matin ou l'après-midi	0	1	2	3

Echelle de Conners abrégée (A remplir par les parents)

Comment trouvez-vous votre ado pendant la journée ?

Rempli le : par mère père mère + père

Observation	Pas du tout 0	Un petit peu 1	Beaucoup 2	Énormément 3
1. Agité ou très actif				
2. Nerveux, impulsif				
3. Ne finit pas ce qu'il commence				
4. Toujours remuant				
5. Perturbe les autres enfants				
6. Inattentif, facilement distrait				
1. Ses demandes doivent être immédiatement satisfaites, facilement frustré				
8. Pleure souvent et facilement				
9. Changement d'humeur rapide et marqué				
10. Accès de colère, comportement explosif et imprévisible				

Merci d'apporter en consultation :
ce questionnaire rempli, le carnet de santé, la carte vitale et l'attestation de mutuelle